



E D U C A Falmed

FUNDACIÓN DE ASISTENCIA LEGAL DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE / AÑO 3 / N° 6 - 2015



ALÓ DOCTOR

La responsabilidad de atender por teléfono

Cargar con un error

Desorden clínico
judicial

El factor dinero

Relación médico-paciente
en la salud privada

Salud intercultural

Escenarios de una
medicina integradora



www.falmed.cl

CONTENIDOS

EDICIÓN ABRIL / JUNIO 2015



Editorial	3
Desorden Clínico Judicial	4
El Factor Dinero	8
Atenciones Telefónicas	12
Medicina Integradora	16
Opinión: Relación Médico-Paciente	20
Recomendados Falmed Educa	22

Falmed Educa es una publicación oficial de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico de Chile A.G., Dr. Kléber Monlezun Soto.
Esmeralda 670 – Santiago de Chile

Presidente y Representante Legal
Dr. Sergio Rojas C.

Editor Periodístico
Pablo Arce

Coordinador de contenidos
Juan Pablo Muñoz

Equipo Periodístico
Patricio Alegre
Andrés Palacios
Mariela Fu
Marcela Barros
Valeska Arriagada
Karím Palacios
Pedro Soto

Las opiniones son de exclusiva responsabilidad de quienes las emiten, la redacción se reserva el derecho de editar los artículos. Derechos reservados. Prohibida cualquier reproducción total o parcial de textos, imágenes y diseños sin la expresa autorización de Falmed.

Revista de circulación gratuita
Año 3 / N° 6

Comentarios y sugerencias a:
comunicaciones@falmed.cl

Diseño y Producción
PALCO | Comunicaciones
contacto@palco.cl

Impresión
QuadGraphics



[www.facebook.com/
FundacionAsistenciaLegalColegioMedico](http://www.facebook.com/FundacionAsistenciaLegalColegioMedico)



@falmedchile



www.youtube.com/user/FALMEDTV



FALMED
MÁS QUE UN SEGURO



Lectura mobile

Preparados para una creciente complejidad

Nuevos fenómenos que hacen aún más complejo el ejercicio de la profesión médica se han consolidado como fuente de preocupaciones y riesgos. En este número abordamos algunos de ellos, como el temido “desorden clínico judicial”, condición que puede afectar al facultativo que enfrenta un juicio; los problemas propios de trabajar en salud privada; los riesgos de la atención médica telefónica y la telemedicina, y el deber de cumplir con el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, para entregar salud integrando elementos propios de su cultura a los pueblos originarios.

La impronta del trabajo de Falmed es brindar una seguridad integral a sus afiliados, por lo que no sólo monitoreamos estas situaciones, también asumimos un papel protagónico a la hora de buscar respuestas y acciones que permitan a los médicos entregar una mejor atención a sus pacientes, sea cual sea el ámbito en el que se desempeñen. La labor de nuestro equipo multidisciplinario refrenda la importancia de cultivar una buena relación médico-paciente. Es un asunto en el que nunca dejaremos de insistir, pues está comprobado que es la mejor arma para combatir la judicialización de la medicina. En los 20 años de Falmed, con casi cuatro mil juicios de experiencia, es un hecho que un 99% de los casos ha resultado con sentencia absolutoria para los médicos, lo que demuestra la buena praxis de los facultativos del país, la sólida defensa jurídica de nuestra Fundación y especialmente, la necesidad de

conocer bien los factores que provocan la judicialización para prevenirlos.

En los temas que examinamos en esta edición de Falmed Educa, distinguimos además algunas recomendaciones y medidas que ayudan a entregar una atención de calidad, a pesar de las posibles dificultades. Ofrecer una atención de calidad, promover buenas condiciones laborales para los médicos, denunciar las deficiencias del sistema y establecer vínculos sólidos con los pacientes, son parte de una misma estrategia por fortalecer la praxis médica en desmedro de la judicialización del ejercicio.

Creemos firmemente en la importancia de no ejercer a la defensiva, viendo al paciente como una amenaza. Propugnamos que se refuerce el consentimiento informado y robustecer la confianza con los pacientes y sus familiares, sin olvidar que nos encontraremos con expectativas desmedidas y con una cada vez menor tolerancia al error. Y relevamos sobre todo la importancia del cara a cara, de saber escuchar y no perder de vista que el acto médico es una interacción humana que necesita de un vínculo directo.

No queremos que se masifique la sensación de que el paciente va a la consulta sólo a pedir exámenes y que el facultativo está ahí sólo para ordenarlos. En una época en la que el *Dr. Google* cuestiona los consejos y orientaciones del médico de cabecera, llamamos a revalidar el acto médico, fomentando el ejercicio de una medicina personalizada, la más sólida garantía para prevenir resultados indeseados.



Dr. Sergio Rojas C.
Presidente de Falmed

Cuando el acto médico llega a tribunales

Desorden clínico judicial

La práctica médica conlleva la posibilidad de equivocarse. Los médicos lo saben, sin embargo, no están libres del efecto emocional que implica cargar con un error. ¿Qué pasa cuando a ello le sumamos el estrés de un proceso legal?

Por Mariela Fu

Al contrario de lo que puede pensarse, un evento adverso no solo afecta a los pacientes. El médico, profesional que pone su conocimiento para procurar un bien, provoca un mal. Y eso le afecta. Es lo que en Estados Unidos se conoce como “segunda víctima”, término que describe cómo los facultativos experimentan vergüenza, culpa y un alto sentido del fracaso al ver un procedimiento que no resulta según lo esperado.

El primer caso conocido de este síndrome pudo darse en 1817, y su lamentable protagonista fue Sir Richard Croft, médico inglés de la familia real británica, obstetra de la princesa Charlotte, quien pasó a la historia como el doctor de “la tragedia obstétrica triple”. La historia es la siguiente: tras un trabajo de parto de 50 horas, el hijo de la princesa, único heredero para ser Rey de Inglaterra en ese linaje familiar, nace muerto. Cinco horas más tarde, víctima de un shock y hemorragia posparto fallece la madre. Si bien nadie culpó al médico y todo el procedimiento fue respaldado incluso por una autopsia, el galeno inglés terminó suicidándose tres meses más tarde.

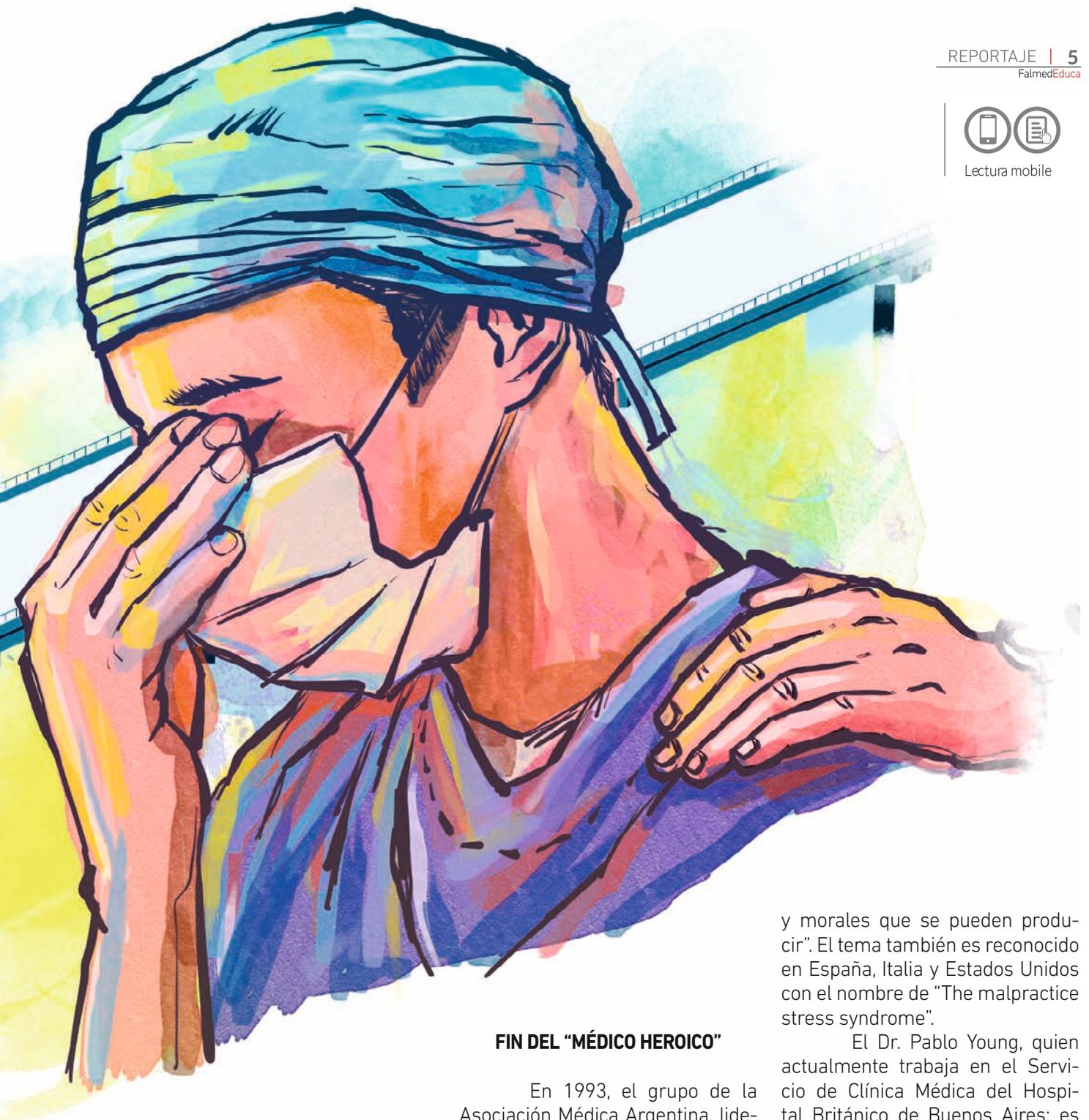
TRABAJAR CON MIEDO

Según estimaciones de Falmed, un médico en Chile podría enfrentarse a dos juicios durante su ejercicio profesional. La cifra, que puede resultar atemorizante, es bajísima frente a realidades como la de Estados Unidos, donde existe una verdadera “cultura de la demanda”, que ha provocado el aumento de las primas de los seguros profesionales a niveles insostenibles. Sin embargo, a la realidad nacional hay que sumarle un

elemento: en Chile las negligencias médicas son un delito establecido en el artículo 491 del Código Penal, lo cual significa que la profesión médica es la única cuya mala praxis puede ser castigada con cárcel.

El abogado jefe de la Fundación, Juan Carlos Bello, considera que buscar la solución del conflicto vía juicio penal es contraproducente para la buena práctica médica. “Criminalizar el acto médico es un contrasentido. Yo soy ferviente abanderado de la despenalización del acto médico. Creo que





FIN DEL “MÉDICO HEROICO”

la situación actual no tiene un sustento jurídico legal deontológico. Así lo han estimado insignes penalistas chilenos, como el ex presidente de la Corte Suprema, Mario Garrido Montt, y el profesor Alfredo Etcheberry”, observa.

Según las estadísticas de Falmed, del total de casos judiciales producidos en 2014, más de un 75% ocurre en sede penal.

En 1993, el grupo de la Asociación Médica Argentina, liderada por el Dr. Elías Hurtado Hoyo, acuñó el término “Síndrome Clínico Judicial” (SCJ) para describir un cuadro definido como “todas las alteraciones que modifican el estado de salud de un individuo que se ve sometido a una situación procesal desde un inicio, durante sus distintas etapas y/o después de haber concluido. Engloba a todas las alteraciones físicas, psíquicas

y morales que se pueden producir”. El tema también es reconocido en España, Italia y Estados Unidos con el nombre de “The malpractice stress syndrome”.

El Dr. Pablo Young, quien actualmente trabaja en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Británico de Buenos Aires; es parte del equipo que ha estudiado el tema. En entrevista con Falmed Educa aclara que actualmente prefieren hablar del “desorden clínico judicial” ya que “síndrome” es un conjunto de síntomas que pueden obedecer a distintas causas. “Aquí se trata de ‘una causa’, que es la ‘demanda judicial’, capaz de desencadenar o de provocar distintas manifestaciones”, explica.



Dr. Pablo Young, Servicio de Clínica Médica del Hospital Británico de Buenos Aires.

“El desorden clínico judicial puede tener consecuencias psicológicas y profesionales. Por un lado se podrían presentar frustración y alteraciones conductuales. Por otro lado, una tendencia a evitar el riesgo profesional y a sobredemandar exámenes”.



Juan Carlos Bello, abogado jefe de Falmed.

“El abogado – como el médico con su paciente- necesita de una correcta anamnesis y si el médico no te entrega todos los antecedentes, no le puedes dar la mejor defensa jurídica”.

Entre sus expresiones, describe diversas respuestas psicológicas. “Angustia, ansiedad, depresión, ideación paranoide, inestabilidad emocional, irritabilidad, disfunción sexual e insomnio. Como consecuencia, el médico presenta frustración y alteraciones conductuales que modifican la relación familiar, social y/o profesional”. En su práctica médica se observan secuelas como una medicina defensiva, evasiva, insuficiente y/o excesiva. “Verá al paciente como un potencial demandante. Evitará pacientes de riesgo o tendrá pánico de equivocarse, lo que lo llevará a cambiar de especialidad o a abandonar la práctica profesional”, acota el médico argentino.

Una respuesta a ese temor es la medicina defensiva, que en su manifestación positiva lleva al médico a solicitar más exámenes de los necesarios. En el caso de la expresión negativa de la medicina defensiva, el facultativo tiende a evitar pacientes con enfermedades complejas. Analizamos con detalle este fenómeno en la edición de Revista Vida Médica que acompaña este número.

“Estamos transitando por el camino hacia el fin del «médico heroico». Las implicancias de la medicina defensiva son fáciles

de deducir: médicos en la cúspide de su experiencia y capacidad intelectual que restringen voluntariamente su actividad profesional. Claramente este desorden termina en *burnout*”, afirma el Dr. Young.

FALMED ANTE LA JUDICIALIZACIÓN

La experiencia de la Fundación de Asistencia Legal es pionera como estrategia del mundo médico para enfrentar la judicialización de la medicina. A una férrea defensa jurídica, con más de un 99% de efectividad en casos penales y civiles, se suma un seguro de responsabilidad profesional que da cobertura en casos civiles. Así también Falmed sostiene una estrategia permanente para prevenir la judicialización: promoviendo una buena relación médico paciente, participando en mediaciones, educando con su conocimiento en el ámbito del derecho médico.

A la vista de las problemáticas consecuencias de la judicialización, no sólo en la vida del facultativo que debe enfrentar un conflicto legal con un paciente, sino también como fenómeno que afecta la práctica médica en general es que se justifica la preocupación gremial sobre estos temas. El presidente de la Fundación, Dr. Sergio

Efectos múltiples

El desorden clínico judicial puede tener consecuencias psicológicas y profesionales. Por un lado se podrían presentar frustración y alteraciones conductuales. Por otro lado, una tendencia a evitar el riesgo profesional y a sobredemandar exámenes.



Rojas, considera que “es importante que el Colegio se haga cargo como gremio de estas situaciones. No solamente en la carga emocional que afecta a los médicos, sino también en la carga social que significa. Este fenómeno ha encarecido la medicina, ha hecho que los médicos se alejen de los riesgos y eso afecta el ejercicio normal de la profesión”, señala.

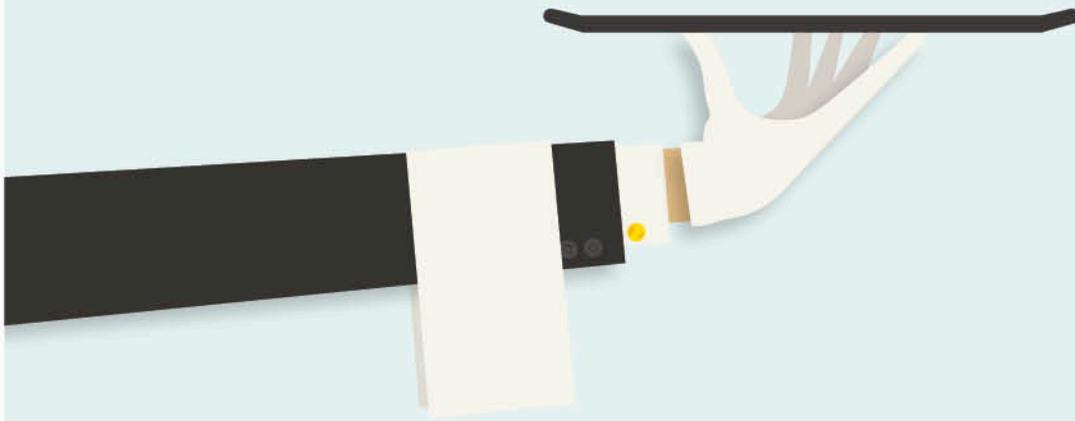
Otra de las estrategias de Falmed para promover una educación que asegure el ejercicio de la profesión médica en las mejores condiciones de seguridad jurídica es Pre Falmed. Un convenio que entrega defensa jurídica a los internos y que permite a la Fundación educar con su sapiencia en

derecho médico a los estudiantes universitarios.

Pero ¿qué pasa cuando la prevención no es suficiente y el médico debe enfrentar un problema judicial? El primer escollo que hay que vencer es el de la negación. El Dr. Juan Restovic, encargado del Departamento de Medicina Privada de Colegio Médico, considera que “un médico en un problema legal, lo primero que hace es negar el problema, trata de no hablar esto ni con sus pares, ni con su familia, cuando debiera ser al revés: conversarlo abiertamente porque en esto normalmente no hay ni dolo ni inexperiencia. Son problemas que pasan, porque la profesión

trae aparejado errores”.

Dar seguridad al médico es un norte de la Fundación y por eso la recomendación es que frente a cualquier duda recurra al conocimiento y trayectoria de sus abogados. Para eso, Juan Carlos Bello hace hincapié en que la relación del médico con su abogado defensor está amparada por el secreto profesional. La recomendación entonces es unívoca: la relación debe basarse en la confianza. “El abogado – como el médico con su paciente– necesita de una correcta anamnesis y si el médico no te entrega todos los antecedentes, no le puedes dar la mejor defensa jurídica”, concluye. **F**



Relación médico paciente en la salud privada

El Factor Dinero

La medicina privada se está expandiendo. Su oferta concilia calidad, complejidad y múltiples opciones oportunas. Más de la mitad de los médicos trabaja exclusivamente en el ámbito privado y buena parte de los facultativos con jornada pública tiene una consulta en las tardes. Por su parte, los pacientes tienen otras expectativas cuando pagan. ¿Cómo incide esto en la relación médico paciente? Aquí lo analizamos.

METÁFORAS DE LOS PACIENTES

En 2013 la Superintendencia de Salud publicó los resultados de una investigación dedicada a explorar las percepciones de los pacientes en relación al sistema sanitario de nuestro país. En el estudio "Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria", se detalla un interesante método para aproximarse a un aspecto fundamental del problema: la relación médico paciente. Los investigadores centraron su análisis en el discurso de los participantes del focus group, con particular interés en las metáforas.

Las metáforas son recursos retóricos fundamentales para el pensamiento. Son capaces de establecer puentes entre las funciones cognitivas y el lenguaje. Están, de hecho, en la base de un modelo comunicativo basado en la común interpretación de signos. Las metáforas son representaciones cotidianamente instaladas en nuestras palabras. Las usamos a diario. De allí que se convierten en evidencia de la comunicación sobre la que es posible

interpretar tendencias, valoraciones y sentidos.

Un primer aspecto a destacar son las metáforas positivas para caracterizar a los médicos. Por un lado se denota una asociación a vínculos familiares o amistosos. Cercanos: "Me trató como un amigo", "Me trató como un familiar", "Lo siento como un papá", "Me dijo tranquila hija", "El nos ve como hijos". Por otro lado se aprecian valoraciones de virtud religiosa, representadas en sentido de la protección y el cuidado: "Él es un ángel", "Es un santo".

Otro aspecto interesante son las diferencias perceptivas que se pueden constatar al comparar las metáforas utilizadas por pacientes del sector público en relación a quienes se atienden en el sector privado. En el caso del ámbito público, los pacientes más frecuentemente recurren a la "metáfora del padre", en una relación que perciben como asimétrica. En el caso de los pacientes del sector privado, las ideas se pueden sintetizar en la "metáfora del amigo", lo que es coherente con otros resultados del mismo estudio

que apuntan a una tendencia en los pacientes del ámbito privado a buscar una relación permanente con un médico conocido. En este caso se constata una valoración por la simetría en el vínculo entre médico y paciente.

Sobre las valoraciones negativas, el estudio de la Superintendencia indica la recurrencia de "expresiones de connotación negativa que sugieren sentimientos y pensamientos respecto del médico, que les provocan situaciones conflictivas de rabia, impotencia e insatisfacción". En este caso aparece una metáfora popularizada: "el diostor". Esta idea aparece transversalmente entre los entrevistados y se asocia a "sentido de ser supremo inalcanzable, no cercano, frío, dueño de la verdad absoluta", según el estudio. Otro punto negativo es la metáfora del médico comerciante, quien antepone el interés económico a la ética.

EL PESO DE LAS EXPECTATIVAS

El aspecto monetario marca un punto de inflexión en el análisis de la relación médico paciente en el mundo



METÁFORA DEL AMIGO

Se alude a la idea de una relación más simétrica que se sostiene sobre una base de afecto y confianza.

Esta metáfora tiene mayor vinculación a los usuarios que se atienden en **clínicas privadas o en hospitales universitarios**.

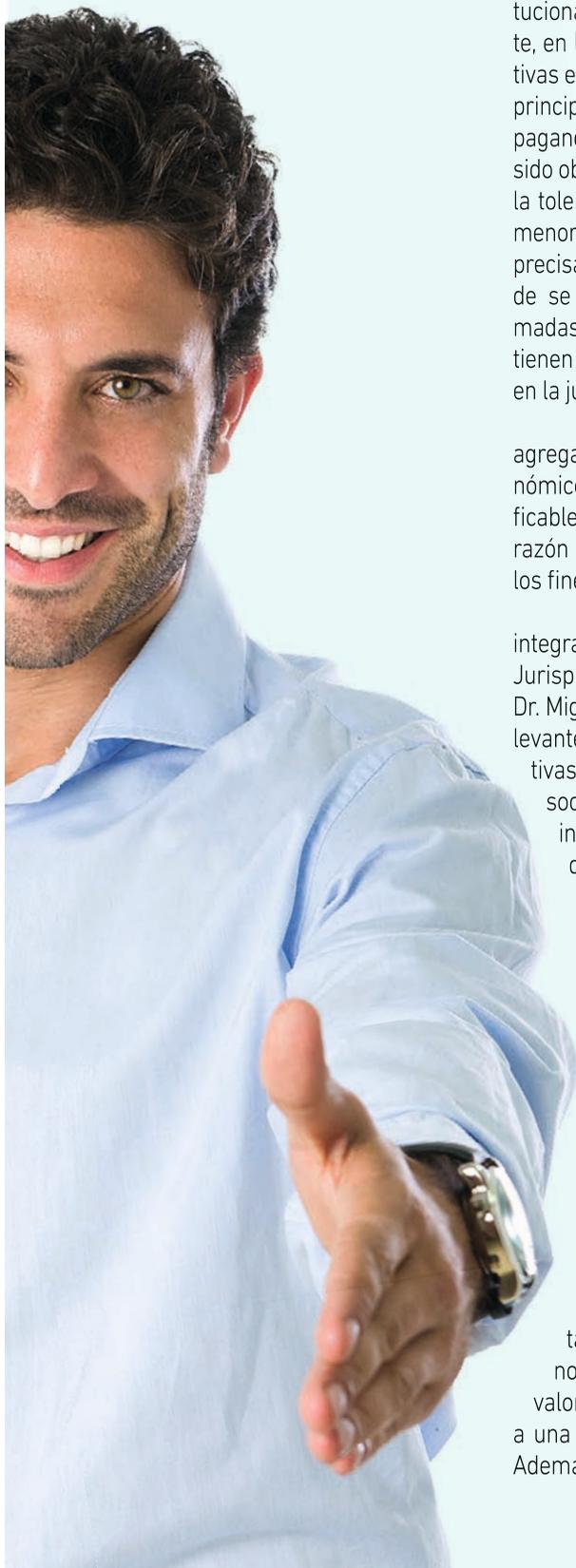


METÁFORA DEL PADRE

Se asocia, según los entrevistados, a la idea de protección y cuidado.

Se vincula más a usuarios de hospitales públicos donde la relación de empatía surge en un contexto de responsabilidad que él tiene para proteger y cuidar como lo hace un padre.

Alude a un momento familiar protector



privado. Para Israel Gutiérrez, abogado de Falmed, optar por un prestador institucional privado "incide necesariamente, en la creación de mayores expectativas en el paciente y su núcleo familiar, principalmente por el hecho de estar pagando y por el descrédito de que ha sido objeto la salud pública. Por lo tanto, la tolerancia a los eventos adversos es menor, sobre todo considerando que es precisamente en estas clínicas en donde se realizan intervenciones programadas que, como sabemos en Falmed, tienen una mayor incidencia estadística en la judicialización", señala.

El abogado de la Fundación agrega que "creo que los criterios económicos en la medicina son más identificables en este tipo de prestadores en razón de su estructura organizativa y los fines que persiguen".

El médico cirujano y reciente integrante del Centro de Estudios de Jurisprudencia y Educación de Falmed, Dr. Miguel Umaña, adiciona un dato relevante: "es probable que las expectativas de las personas de mayor nivel socioeconómico sean mayores e incluyan aspectos más amplios del servicio de salud que están pagando: mayores grados de seguridad, certezas en los resultados, entornos sofisticados, ausencias de complicaciones, trato amable, tiempos adecuados en la atención y múltiples opciones oportunas a la hora de elegir a sus prestadores".

Para la gerenta de Clínicas Chile A.G., Ana María Albornoz, en la actualidad los pacientes demandan altos estándares médicos y de servicio. Dice que para ello hay una inversión constante en infraestructura y en tecnología. Agrega que "los pacientes valoran en el sector privado el acceso a una atención oportuna y de calidad. Además, los chilenos han demostrado

que valoran la libertad de elección y el sector privado ofrece esa libertad. Hoy, los pacientes se sienten empoderados para demandar altos estándares médicos y en nuestras clínicas los encuentran. Hay que tener en cuenta que las personas acuden al médico por necesidad y deben hacerlo donde se sientan más seguras", apunta.

Sobre el asunto, el superintendente de Salud, Sebastián Pavlovic, tiene una mirada: "Nosotros tenemos la impresión de que cuando las personas definen qué es lo que esperan de una atención de salud, sea en el sector público o privado, en general hay una crítica de falta de información, muchas veces no se sienten tratados con la dignidad que corresponde, que hay poca transparencia, que no hay una vinculación o trato humano que les permita sentirse sujetos de derecho. Es evidente que hay diferencias con la apreciación de hotelería e infraestructura disponible, pero lo que esperan del trato es bastante coincidente en el sector público y en el privado. Ahora bien, sin duda el usuario del sector privado, por el hecho de estar pagando, se siente más empoderado para exigir", analiza la autoridad.

El presidente de Falmed valora que los pacientes se sientan más empoderados, ya que eso los empuja a demandar mayor calidad. El Dr. Sergio Rojas señala que "como médicos tenemos que velar siempre por la calidad de la atención y en esto hemos dicho: siempre hay que advertir al paciente de las cosas que puedan impedir una buena atención y no hacerse cargo o echarse a la espalda los déficits que pueda tener la medicina, porque en el sector privado también hay déficits".

Si bien en Santiago las clínicas del sector privado son reconocidas en complejidad y calidad de sus prestaciones, en regiones no necesariamente ocurre lo mismo. Según el abogado de

Falmed en La Serena, sede del Zonal Norte Chico, Israel Gutiérrez: "Muchos prestadores institucionales privados adolecen de falta de resolutivez en situaciones complejas, bien por no contar con infraestructura suficiente o personal idóneo al efecto.

No es extraño que un paciente que acude a Urgencias de una clínica privada sea derivado a un prestador institucional público, como ocurre, por ejemplo, ante la ausencia de un especialista ad hoc o por la inexistencia de una Unidad de Cuidados Intensivos", indica el abogado Gutiérrez.

MÉDICOS EN EL SECTOR PRIVADO

Si bien un porcentaje mayoritario de la población se atiende en el sector público, la

gran parte de los médicos labora en el ámbito privado. De acuerdo al Dr. Juan Restovic "en este momento, aproximadamente un 55% de los médicos trabaja en el sector privado de forma exclusiva. Otro porcentaje grande del sistema público también tiene una pata en las clínicas, en sus consultas en las tardes".

Para el Presidente del Colegio Médico, Dr. Enrique Paris, esta es una buena razón para hacerse cargo de las particularidades del sector. Según la máxima autoridad de la Orden "la medicina privada es una fuente de trabajo y por lo tanto tenemos que cuidarla y mantenerla". Agrega que "hemos detectado que en ese grupo de médicos hay falencias importantes que solucionar: muchos no tienen contrato, muchos no tienen previsión, muchos no tienen un plan de retiro programado. Por lo tanto tenemos que trabajar fuertemente con ellos y además mandar una señal de que estamos preocupados de los médicos de medicina privada a nivel regional, sabemos que para ellos es más difícil su trabajo".

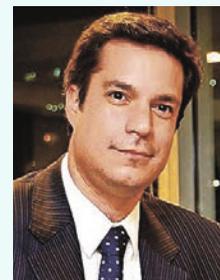
A partir de esto, desde 2014 sesiona el Departamento de Medicina Privada de la Orden, encabezado por el Dr. Juan Restovic. De acuerdo al facultativo, "el Colegio se preocupa de estos temas porque hay cosas que no están solucionadas en el mundo privado: hay problemas en los planes de retiro, en las jubilaciones, en el tipo de contrato de trabajo. Tenemos una serie de problemáticas que no existe en el mundo público y que es necesario atender", señala. Agrega que en este momento, el Departamento está trabajando en la reforma del sector y la reforma tributaria ya que "afectan directamente la calidad del trabajo médico en el mundo privado".

En ese sentido, el Dr. Restovic asegura que "estamos escuchando a todos los actores", visitando las clínicas y escuchando a las autoridades y expertos del área. 



*Sergio Rojas,
Presidente de Falmed.*

"Como médicos tenemos que velar siempre por la calidad de la atención".



*Sebastián Pavlovic,
Superintendente de Salud.*

"Sin duda el usuario del sector privado, por el hecho de estar pagando, se siente más empoderado para exigir".



Lectura mobile



Atención Médica Telefónica: LA RESPONSABILIDAD DE DECIR ALÓ

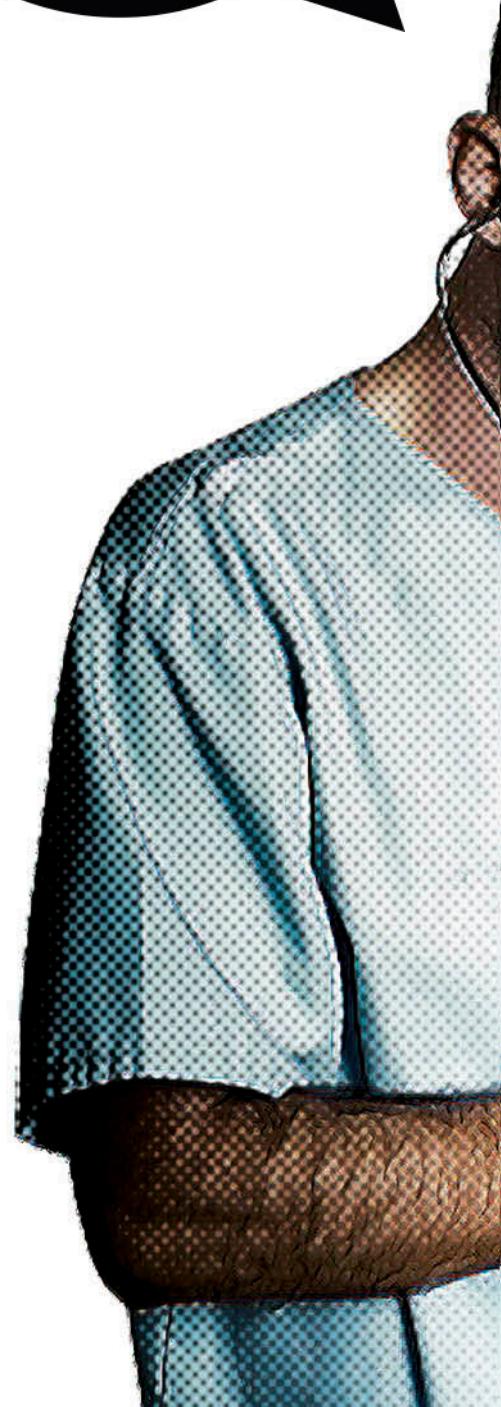
Legalmente, las atenciones telefónicas no son recomendables. Éticamente, sólo con quienes existe una relación médico-paciente y pacientes crónicos. ¿Protocolos? No existen. La recomendación es evitarlas y nunca realizar un diagnóstico.

Por: Marcela Barros

El avance de las comunicaciones le ha quitado un terreno importante al cara a cara. Reemplazar palabras por emoticones es tan frecuente como saludar a un amigo por chat, Twitter o un mensaje por Facebook en vez de visitarlo. El objetivo está cumplido.

La oferta de atenciones

médicas telefónicas que existe en el mercado es amplia. Isapres, Chile Atiende, empresas de electricidad, clínicas, entre otras instituciones, hoy ofrecen el servicio de atención médica telefónica 24 horas, 365 días al año. ¿Será que la tecnología está superando la capacidad de percibir, escuchar, observar de las personas?





MIRADA ÉTICA Y LEGAL

“La prestación de servicios por medio de teléfono deja a los médicos muy expuestos a eventuales complicaciones médico-legales. Cada vez con mayor frecuencia los tribunales de justicia han entendido que dichas prestaciones no reúnen completamente los requisitos básicos que debe tener una atención”, explica el abogado jefe de Falmed, Juan Carlos Bello.

Agrega el jurista que en

las etapas de una atención “el examen físico resulta fundamental para establecer o dar luces respecto de un determinado diagnóstico o tratamiento a seguir. Al atender telefónicamente se omite ese paso, lo que es suplido con información del paciente mismo: («¿cómo te sientes?», «¿cómo te ves?») o mediante un pariente: («¿cómo ves a tu hijo?»); o mediante otro profesional, por ejemplo, que la enfermera diga cómo ve a un paciente. Lo cierto es que desde el punto de vista legal es un peso que recae en el médico. Como abogado, el «no estar ahí» no puedo utilizarlo como excusa para decir «por eso se equivocó». Eso no es una atenuante, sino una agravante”, precisa quien lidera el equipo de abogados de la Fundación.

La mirada ética del Colegio Médico también es restrictiva. Aun cuando no existe un pronunciamiento al respecto y reconociendo que es una tarea pendiente a realizar durante 2015, la presidenta del Departamento de Ética de la entidad gremial, Dra. Gladys



*Dr. Enrique Paris, Presidente
Colegio Médico de Chile.*

**“Hay que ser prudentes
al máximo”.**



*Dra. Gladys Bórquez,
presidenta del departamento
de Ética de Colegio Médico.*

**“La consulta requiere generar
un espacio de confianza, una
comunicación verbal y no
verbal. El estar juntos requiere
desarrollar habilidades sociales
y comunicacionales, lo que no
puede hacerse a través de una
línea telefónica”.**

Bórquez, sostiene que una atención médica telefónica se puede entregar cuando existe una relación médico-paciente o a un paciente crónico. “La consulta requiere generar un espacio de confianza, una comunicación verbal y no verbal. El estar juntos requiere desarrollar habilidades sociales y comunicacionales, lo que no puede hacerse a través de una línea telefónica. Por eso le digo que tenemos que hacer un espacio, discutir y establecer directrices éticas para cuándo podría ser legítima una consulta (telefónica)”.

El presidente de Falmed, Dr. Sergio Rojas, la recomienda sólo en casos extremos. “Yo creo que no son convenientes. Es claro que una atención telefónica impide un acto médico completo. Porque no permite ni la observación, ni el examen físico, ni la buena empatía, ni menos establecer el vínculo con el paciente. Es riesgosa desde el punto de vista clínico y legal. La atención telefónica hay que dejarla para un extremo, en que si yo no tengo nada cercano, se pueda usar como una orientación”, sostiene el presidente de Falmed.

SERVICIOS AL TELÉFONO

Al ingresar la frase “atención médica telefónica” en cualquier buscador de internet, cientos de páginas se despliegan con información: especialistas, 24 horas, todos los días del año y líneas gratuitas entre otras bondades. Es atractivo para cualquier usuario, pero ¿cuál es el límite? Para la Dra. Bórquez es “complejo desde

el punto de vista ético, porque (el servicio) es una consulta propiamente tal”.

Una de las isapres pioneras en este ámbito es Colmena Golden Cross. “Este es un servicio de orientación telefónica básica. La gran mayoría de nuestras consultas tienen relación con pediatría. En el caso de que los profesionales de la salud detecten que se trata de algo que requiere atención médica, derivan al afiliado a un servicio de urgencia o le indican con cuál especialista agendar una cita”, explica Marisol Lagos, subgerente de Servicio al Cliente de la isapre.

El Presidente del Colegio Médico de Chile, Dr. Enrique Paris, apunta a la necesidad de generar procedimientos claros. “Para eso debieran haber protocolos que ojalá estén consensuados con las sociedades científicas. Que sean bien hechos, bien preparados, porque, si no, se pueden cometer errores”, puntualiza agregando que el mayor estándar que se puede exigir a un médico es que este diga “si es o no grave, si es urgente o no, o si tiene que ir de inmediato al hospital, cosas así, muy generales, pero no involucrarse en un diagnóstico. Jamás por vía telefónica. Hay que ser prudentes al máximo”.



TELEMEDICINA

El uso de tecnologías de información y comunicación al ámbito de la salud es lo que comúnmente se conoce como telemedicina. De acuerdo a información publicada en el portal del Ministerio de Salud, en Chile se han desarrollado las categorías de telerradiología, teleasistencia, teledermatología y teleelectrocardiografía.

En 2000, dicha secretaría de Estado dio a conocer el Plan de Salud Digital. Entre sus prioridades estaban las de llegar con salud pública a los sectores más apartados de Chile, reconociendo los esfuerzos de desplazamiento de los habitantes de zonas aisladas.

En diciembre de 2014 la Presidenta Michelle Bachelet anunció el servicio de telemedicina en más de 200 centros de salud pública para fines de 2015.

“La idea es contar con atención de especialistas médicos a distancia, poniendo al servicio de esta atención toda la tecnología que existe y que permite entrevistar al paciente, a la familia, o intercambiar opiniones con los especialistas, recibir exámenes de laboratorio o imágenes de radiología a distancia”, declaró la Mandataria a los medios de comunicación a fines de 2014.

Algunas de las bondades promovidas de este sistema es que permite comparar diagnósticos, desarrolla métodos de colaboración a distancia y ayuda a ampliar la cobertura nacional de salud.

La Asociación Médica Mundial aconseja que el paciente no acceda a una consulta por telemedicina, salvo las siguientes condiciones: “que el paciente y el médico dispongan de elementos de identificación recíproca fiables; que exista una previa relación profesional médico-paciente; y que el médico tenga un conocimiento suficiente del problema en cuestión de modo

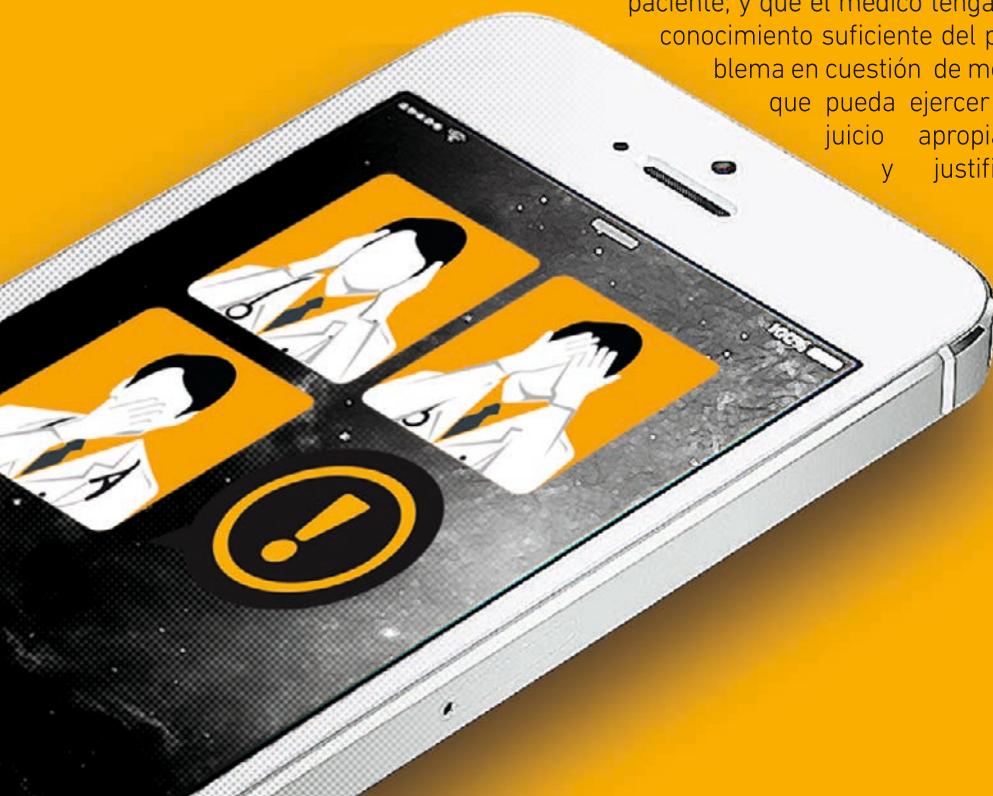
que pueda ejercer un juicio apropiado y justifica-

ble. Queda al margen el escenario de urgencia, donde el médico tiene que basar su juicio en observaciones incompletas debiendo estar constituido, en estos casos, el factor determinante de su opinión por la naturaleza de la urgencia”.

Para el presidente de Falmed, Dr. Sergio Rojas, “lo que pasa es que en Chile las soluciones transitorias suelen convertirse en situaciones permanentes. Eso es peligroso porque todavía las políticas para resolver el déficit de especialistas son insuficientes. Por ningún motivo este tema lo pondría por delante ya que puede afectar lo más importante que es la calidad de la atención”.

El estudio “Análisis médico-legal de la consulta médica telefónica: riesgos legales profesionales y seguridad”, elaborado por la Universidad Complutense de Madrid analizó cerca de 14 mil consultas telefónicas registradas en 2008 en el sistema de salud español. Detectó que un factor común de los errores es que “ocurren cuando los pacientes y sus médicos, y los profesionales entre sí, tienen problemas de comunicación, derivados de la mala transmisión y pérdida de información relevante para el diagnóstico”.

Tal parece que aunque avancen las comunicaciones, aunque las compañías intenten crear cada vez sistemas más efectivos, la relación cara a cara resulta imposible de reemplazar. A la luz de los antecedentes la percepción que un médico se forma al ver, percibir, escuchar, dialogar con un paciente nunca serán sustituidos por tecnología alguna. El llamado, entonces, es a la prudencia. 







Dr. Nelson Vergara,
traumatólogo del Hospital
Intercultural de Cañete.

“No existe ningún sistema médico que solucione en un 100% todos los problemas de salud, por ende, uno debería dar la posibilidad de que otras concepciones sobre la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, se pudieran aplicar en un determinado caso”.



Wilson Reyes, ex director de la
Corporación Nacional de Desarrollo
Indígena, Conadi.

“Existen actualmente 80 sanadores en la zona de Alto Loa y Atacama La Grande, pero necesitamos que las autoridades avancen hacia la integración efectiva entre ellos y los médicos”.

pueblos originarios a recibir una atención con pertinencia cultural.

Además, debe garantizar al menos el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio; y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.

Sin embargo, el complejo abanico de estrategias para materializar la interculturalidad en la medicina -como proceso de acercamiento del sistema médico occidental al modelo de medicina tradicional- no ha estado exento de complicaciones.

El Presidente del Colegio Médico, Dr. Enrique Paris, comenta que “le hemos solicitado al Ministerio de Salud capacitaciones a los facultativos que se desempeñan como Médicos Generales de Zona en sectores de alta presencia de pacientes de pueblos originarios. Sin embargo, aún no recibimos una respuesta”.

Por su parte, el presidente de los médicos EDF en Arauco, Dr. Sebastián Cerda, indica que “a nivel de pregrado, no existe una preparación intercultural; quizás uno que otro concepto en algún ramo relacionado con la antropología médica, pero no es un tema recurrente”. Asegura que este panorama se vive en todas las universidades.

En el mismo sentido, el vicepresidente del Consejo Regional Concepción, Dr. Germán Acuña, sostiene que es necesario “que haya educación por parte de las facultades de medicina, que hoy es prácticamente nula”. Pero la falta de preparación no se circunscribe sólo al ámbito académico. Según el Dr. Acuña “en cuanto a la capacitación por parte de los servicios de salud, la situación es bastante va-

riopinta, porque tenemos servicios que en momentos han hecho las cosas con mucha vocación, ganas e ímpetu y que en otros momentos lo han hecho muy ligeramente. El tema es todavía una tarea pendiente”, concluye.

Ante esto, el Dr. Paris solicita a los médicos que se desempeñan en ese ámbito “que aprendan de otras culturas y que se acuerde un trabajo conjunto con sus sanadores y autoridades indígenas para trabajar con respeto a sus costumbres”.

La máxima autoridad del Colegio Médico señala que la Orden se apronta a implementar una nueva unidad encargada de avanzar en materia de medicina intercultural. “Eso fue un acuerdo del Consejo General y ya tenemos dos médicos encargados que están trabajando, tanto en el norte como en el sur del país, para avanzar en este aspecto”.

ATACAMEÑOS

En San Pedro de Atacama, los Dres. Fernando Maulén y Alfredo Urrutia viven una bella experiencia profesional, atendiendo las necesidades del pueblo atacameño en el consultorio rural de la comuna.

El Dr. Urrutia detalla que su experiencia en el poblado le ha permitido aprender a conectarse con las costumbres atacameñas en su diario quehacer como médico. “Los likan-antai tienen una cosmovisión andina eminentemente ecológica y de respeto a la biodiversidad. Por ejemplo, son capaces de postergar una hora de atención si uno de sus animales no ha sido alimentado. Para ellos los integrantes de su ganado son hermanos en la naturaleza que merecen respeto permanente”.

Para el Dr. Fernando Maulén, la necesidad de infraestructura en la zona es un tema fundamental. “Siempre

ha sido el deseo del pueblo atacameño o likan-antai contar con un mejor equipamiento para afrontar la creciente demanda, provocada no sólo por un mayor número de nacimientos en el poblado, sino que también, por la alta circulación de turistas”.

El nuevo director del Servicio

una sala de atención con dos facilitadores en el mentado centro hospitalario.

El ex directivo de la Conadi señala que “existen actualmente 80 sanadores en la zona de Alto Loa y Atacama La Grande, pero necesitamos que las autoridades avancen hacia la integración efectiva entre ellos y los médicos, esa es la tarea”.

los trabajos voluntarios de verano en Tirúa, se consagró su interés por el tema. “Allí vimos la cara más dura de la pobreza, de la discriminación y del olvido. Algunos compañeros no quisieron volver nunca más, pero yo visualicé, detrás de esas condiciones tan negativas, la persistencia de una cultura, de un orgullo y de una forma de ver la vida, la enfermedad, la salud y la muerte completamente diferente. Me fasciné con eso”, señala.

Según el Dr. Vergara, el modelo de salud occidental gira en torno a la enfermedad, mientras el mapuche lo hace en torno a la salud. La sociedad occidental se ha centrado en sanar la enfermedad y no en mantener la salud. En sentido distinto, el modelo de salud mapuche busca el equilibrio y armonía de la persona con el entorno. “No somos dioses, somos los visitantes y como tal, debemos llegar humildemente, observar, ubicarnos en el tiempo y espacio, luego aprender. Debemos siempre abogar por una buena relación entre la familia, el paciente y el equipo de salud, ahí nosotros lideramos. Debemos aprender que no existe una sola forma de hacer las cosas bien, teniendo la mente abierta para recibir desde el otro lado. Los mapuches tienen una cultura interna, la que no es ni mejor ni peor que la tuya o la mía, sólo es distinta”, indica el facultativo.

De acuerdo al Dr. Vergara son pocos los casos en que ha habido conflicto y en los que la machi haya solicitado suspender el tratamiento. “Cuando esto ocurre uno le pregunta al paciente y a la familia si están de acuerdo. Ellos toman la decisión y en caso de ser necesario, se utiliza el consentimiento informado y uno queda resguardado”. 



de Salud de Antofagasta, el dentista Dr. Zamir Nayar, reconoce que extendió la petición conjunta, del Consejo de Pueblos Atacameños y de la alcaldesa Sandra Berna, a las autoridades del Ministerio de Salud. El sueño es contar con el que sería el primer recinto médico intercultural en el norte de Chile. “Hay muchos antecedentes técnicos que sostienen esta decisión y hay voluntad política para inyectar los recursos que sean necesarios. La idea es contar con un nuevo dispositivo de salud superior al actual, cuyo tamaño va a depender de los dineros”, puntualiza el Dr. Nayar.

En Calama, gracias a las gestiones del ex director de la Conadi, Wilson Reyes, y del alcalde de la comuna, Esteban Velásquez, ya se instaló señalética en kunza en el Hospital Dr. Carlos Cisternas y en los consultorios de la ciudad, además de la incorporación de

ZONA MAPUCHE

“No existe ningún sistema médico que solucione en un 100% todos los problemas de salud, por ende, uno debería dar la posibilidad de que otras concepciones sobre la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, se pudieran aplicar en un determinado caso”, explica el Dr. Nelson Vergara, traumatólogo del Hospital Intercultural de Cañete.

El Dr. Vergara reconoce que su interés en el tema tiene larga data. “Mi padre es antropólogo y mi madre arqueóloga, por lo que desde niño el estudio de otras culturas fue un tema natural para mí”.

Cuenta que en 1993, durante

Relación médico-paciente



*Dr. Hernán Sudy Pinto
Vicepresidente del Consejo
Regional Arica.*

Contemplada desde fuera, la relación entre el médico y el enfermo adopta en el mundo actual formas muy distintas, como el consultorio privado, la sala del hospital, el consultorio público de una institución asistencial socializada, el campo de batalla, y tantas más. El enfermo por otra parte, puede haber elegido libremente el médico o ser atendido por el que le haya asignado la organización política, administrativa o laboral a que pertenece. Por debajo de tales diferencias, ¿posee aquella relación un fundamento común? Yo creo que sí, puesto que ya sea personalista o socialista el modo de entenderla, hállese regida por el libre contrato entre dos personas o por las ordenanzas de una organización asistencial, la vinculación entre el médico y el paciente tiene como fundamento, cuando es correcta, la amistad entre ellos, más precisamente un modo de amistad, "la amistad médica", en el cual uno de los amigos, el médico pone su voluntad de ayuda técnica, y el otro, el enfermo, su confianza en la medicina y en el médico que le atiende.

Mas esta relación entre el médico y el enfermo es un proceso simple y a la vez complejo. Simple porque lo que quiere el enfermo es recuperar la salud y el médico hacer efectiva su vocación terapéutica; pero es a la

vez complejo porque esta relación tiene componentes de conocimiento, afectivos, operativos y éticos. Lo primero que ocurre en este encuentro es que ambos, médico y enfermo se miran entre sí, lo que es en su esencia un conato de objetivación recíproca, una pugna entre dos libertades en la cual cada una trata de convertir a la otra en puro objeto de observación. La mirada del enfermo se hace entonces exigente, objetivante y hasta retadora, pero no siempre es así. Cuando el enfermo confía en el médico, suele acercarse a él con una mirada de petición, viendo en él una realidad capaz de ayuda y de esperanza. Por su parte, la mirada del buen médico suele expresar tres intenciones: una envolvente, que procura un ámbito de refugio a la existencia menesterosa del paciente, que debe ser sentida por éste como una mirada-regazo. La segunda intención es inquisitiva, dirigida tanto al conjunto y a los detalles del cuerpo del enfermo, a través de los signos expresivos de éste, tanto como al interior de su alma, al mundo invisible de sus pensamientos y sus intenciones conscientes e inconscientes. La tercera es de carácter objetivante, percibiendo la realidad objetiva del enfermo y dando algo a la persona que tiene al frente, un mirar que no sea sólo la inspección semiológica y que tenga en

cuenta la condición humana y personal de la realidad por él mirada.

Pero además de mirarse, el enfermo y el médico se hablan entre sí y este diálogo es siempre y a la vez diagnóstico y terapéutico, separando la anamnesis que tiene intención diagnóstica y la psicoterapia que es el tratamiento de la condición mental en que se encuentra el paciente que ha perdido lo único valioso que posee, la salud. Tan valiosa como las palabras es la expresión paraverbal como los suspiros, respiraciones profundas, exclamaciones reprimidas, arrastre de consonantes, nasalización de ciertas sílabas, interrupciones y otras que pueden ser traducidas de manera muy diversa o malinterpretadas por quien está escuchando ansiosamente a su médico tratante.

Por ello, el médico debe limitar al máximo las expresiones paraverbales involuntarias, hacer tenues las de carácter voluntario, sean sonoras o gestuales, y elegir aquellas inflexiones y cadencias de la voz y las pausas, que hagan patente su voluntad de ofrecer un ámbito de refugio al menester del enfermo. Con sus palabras cumplirá ante todo las cuatro funciones activas del lenguaje: vocativa, notificad-



Callando ante las palabras del enfermo, oyéndolo con atención y benevolencia, el médico conoce y cura, porque sólo en el silencio se descubre plenamente el sentido de las palabras dichas u oídas y... sobre todo nada alivia tanto como el regazo de un silencio abierto por la persona que calla a la persona que habla.

ra, nominativa y persuasiva, y a través de ellas, interrogando, indicando y orientando suave y discretamente, gobernará su coloquio con el enfermo. Pero además el médico ha de saber callar. Callando ante las palabras del enfermo, oyéndolo con atención y benevolencia, el médico conoce y cura, porque sólo en el silencio se descubre plenamente el sentido de las palabras dichas u oídas y... sobre todo nada alivia tanto como el regazo de un silencio abierto por la persona que calla a la persona que habla. El buen clínico sabe evitar la digresión inútil del paciente y nunca olvida esta doble y útil función del buen oír.

El modo propio de la convivencia entre el médico y el enfermo consiste, en la adecuada combinación de las operaciones objetivante y las operaciones coejecutivas que en cada caso hagan necesarias el diagnóstico y tratamiento. El médico debe convivir con el paciente completando metódicamente la objetivación con la coejecución y la coejecución con la objetivación.

Un par de minutos gastados en el buen diálogo médico paciente, recupera con creces las horas que se perderán en una mediación o los días gastados en un juicio penal o civil.

DECÁLOGO

Por una Buena Praxis Médica en las Redes Sociales

Desde hace más una década, los servicios de redes sociales en internet han experimentado un crecimiento exponencial. Su consolidación, reforzada por una cada vez más alta conectividad y el mayor acceso a dispositivos móviles, ha traído como consecuencia un impacto propio de los medios de comunicación masivos. Plataformas como Facebook y Twitter, entre otras, han establecido nuevas formas de interacción que inciden directamente en la relación médico-paciente.

A través del desarrollo de comunidades virtuales, cada vez más personas publican, comentan y comparten sus emociones y actividades cotidianas. Además, es habitual que los posteos de los usuarios sean integrados en las secciones de comentarios de los artículos de los sitios web de noticias. Esta forma de comunicarse implica un carácter multidireccional y conlleva oportunidades y riesgos. Por ejemplo, cuando los usuarios comentan cómo los atendió un médico no hay escala de grises. O alaban su excelente actuar o denuncian el eventual trato negligente del facultativo en cuestión.

¿Cómo desenvolverse de manera óptima en las redes sociales? ¿Qué hacer frente a denuncias de pacientes en estos espacios virtuales? Falmed Educa elaboró un decálogo a partir del manual "Social Media para Médicos" publicado por el Colegio Médico de Chile, con el objetivo de responder a las inquietudes de los afiliados.



Si ha sido mencionado en las redes sociales y presenta alguna duda o inquietud, contáctese con los equipos jurídico y de comunicaciones de la Fundación de Asistencia Legal para recibir asesoría especializada.



Mantenga la calma ante un comentario difamatorio. No se deje llevar por las emociones del momento para evitar entrar en una dinámica contestataria o agresiva.



Confidencialidad: Bajo ninguna circunstancia se debe revelar la información de sus pacientes a través de comunidades virtuales, aun cuando se establezca una discusión profesional y académica sobre una determinada patología.



No realice comentarios sobre la práctica médica de colegas o un centro asistencial que puedan afectar su reputación profesional.



Delimite el acceso de pacientes a grupos o vínculos virtuales en redes sociales debido a que podría afectar la relación médico-paciente.



Se recomienda no utilizar las redes sociales en reemplazo de una consulta médica presencial. En caso de concretarse una interacción, obtenga el consentimiento del paciente. La comunicación debe delimitarse estrictamente a aclarar dudas que no requieran de una consulta médica.



Si opta por difundir recomendaciones médicas, no se refiera a pacientes específicos (resguarde siempre su privacidad). Considere sólo aspectos generales. También sea claro y conciso al difundir la información y recuerde que lo publicado por usted –idealmente– debe ser incluido en medios o plataformas especializadas en salud.



No mantenga un prejuicio predeterminado hacia la utilización de redes sociales. Son de carácter colaborativo y dependen de la utilización que usted como profesional les asigne.



Es recomendable, de acuerdo con su grado de manejo de ellas, que incorpore plataformas de tiempo real (Twitter, WhatsApp y Facebook) a su dispositivo móvil para utilizarlas en un contexto de emergencia. Por ejemplo, conozca los perfiles en Twitter de las agencias de respuesta a emergencias como ONEMI, para obtener y transmitir información oficial.



La columna vertebral de las redes sociales es su carácter colaborativo. Desarrolle esta práctica y, de paso, infórmese de los criterios que tiene la organización en la que usted trabaja sobre la utilización de redes sociales. También, a partir de su experiencia, realice sugerencias e incorpore nuevas prácticas al protocolo desarrollado por su institución.

Una Gran Red de Servicios



FALMED
MÁS QUE UN SEGURO

Zonal Norte Grande

☎ 55 - 222 5452

Balmaceda 2536, Oficina 505, Antofagasta.
Travesía del Mirador 03018. Jardines del Sur, Antofagasta
falmedantofagasta@gmail.com

Zonal Norte Chico/Consejo Regional La Serena

☎ 051 - 267 2452

Cienfuegos 475, Of.365, La Serena
falmed.cuartaregion@gmail.com

Zonal Quinta Región/Consejo Regional Valparaíso

☎ 32 - 267 7982

Los Acacios 2324, Miraflores Bajo, Viña del Mar
red.valparaiso@gmail.com

Zonal Intermedio/Consejo Regional Talca

☎ 71 - 222 2870

Cinco Norte 1369, Talca
maule.falmed@gmail.com

Zonal Sur/Consejo Regional Concepción

☎ 41 - 221 0492

Diagonal Pedro Aguirre Cerda 1180, Of.401, Concepción
concepcion@falmed.cl

Zonal Santiago/Consejo Regional Santiago

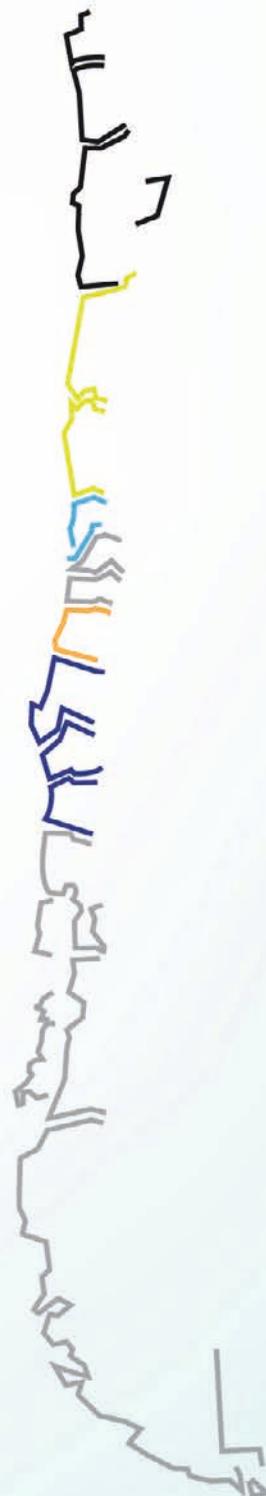
☎ 600-832 56 33

Of. Administración: Esmeralda 670, Santiago
Of. Jurídica: Huérfanos 669 oficina 307-403, Santiago
Of. Oriente: Av. Las Condes 9460 oficina 1002, Las Condes
comunicaciones@falmed.cl

Para estar cada día más cerca de los médicos de Chile, Falmed está desarrollando un proceso de descentralización que ha llevado lo mejor de sus profesionales a las distintas regiones del país.

Acceso Virtual

- ✉ comunicaciones@falmed.cl
- 🌐 www.falmed.cl
- 🐦 www.twitter.com/falmedchile
- 📘 www.facebook.com/FundacionAsistenciaLegalColegioMedico





Más que un seguro

FALMED 3.0

Una atención integral... El respaldo que necesitabas



Sumario Sanitario



Contratos Compraventa



Representación de Juicios laborales



Juicios Civiles por Cobranza



Conformación de Sociedades



Juicios Tributarios



Representación de Sociedades



[www.facebook.com/
FundacionAsistenciaLegalColegioMedico](https://www.facebook.com/FundacionAsistenciaLegalColegioMedico)



[@falmedchile](https://twitter.com/falmedchile)

600 8 FALMED / 600 8 325633 / (02) 2770 88 00
falmed@falmed.cl / www.falmed.cl